

住民のニーズと専門家の知見を基盤にした もの忘れ看護相談プログラムの検討

坪井桂子^{1*}, 清水昌美^{1*}, 小倉弥生^{1*}, 兵頭静恵^{2*}, 沼本教子^{1*}

^{1*}神戸市看護大学, ^{2*}四国がんセンター

キーワード：認知症, もの忘れ, 家族, 看護, プログラム

Examination of the Program for Nurse Consultation on Memory Loss Based on Resident's Needs and Nurse and Doctor's Knowledge

Keiko TSUBOI^{1*}, Masami SHIMIZU^{1*}, Yayoi OGURA^{1*}, Shizue HYODO^{2*}, Kyoko NUMOTO^{1*}

^{1*}Kobe City College of Nursing, ^{2*}Shikoku Cancer Center

Key words : dementia, memory loss, nursing, family, program

I. はじめに

我が国において、認知症高齢者数は、2012年現在300万人を超え、約10年間で2倍の増加が報告（厚生労働省, 2012）され、認知症対策の強化が急務の課題となっている。認知症高齢者とその家族が住み慣れた地域で暮らすためには、専門職による支援が不可欠である。専門職による支援として、各県に設置されている認知症疾患治療センター、医療機関における「もの忘れ外来」が挙げられる（田子他, 2008）。しかしながら、診断や初期治療後に認知症の予防や症状悪化の防止について専門医療機関ですべてを完結することの困難さから、多くの介護者は、身近な相談窓口を必要としている（沖田, 2004）。加えて、認知症疾患治療センターは、神戸市に2か所、兵庫県下においても9ヶ所（兵庫県, 2012）と少なく、身近に受診できる専門医療機関として、利用しやすい状況にあるとはいえない。以上より、認知症疾患治療センター、医療機関における「もの忘れ外来」のみでは、地域に暮らす高齢者とその家族を支援することは、受診のしやすさの点からも難しい。加えて、認知症の症状に気づいても、3割以上は受診までに1年以上かかる実態（エーザイ株式会社, 2012）が報告されている。そのため、医療機関の受診に抵抗感の強い高齢者とその家族には、医療機関の受診を促す相談の場が必要と考える。つまり、認知症の高齢者とその家族が利用しやすい相談を実施

し、高齢者とその介護を担う家族の不安や負担の軽減をはかることが求められているといえよう。

これまでに、看護系大学の教員がもの忘れ相談を実施し、「問題解決に向けた具体的な対処方法の提案により介護力が引き出された」、「受診推奨により専門医を受診し早期対応につながった」等その成果が報告（平林他, 2003；中島他, 2009）されている。専門外来の受診が必要な高齢者に早期受診を促すことは、早期診断、早期治療が可能となる。さらに、認知症の重度化への移行を遅延し、中等度の症状が安定した時期を在宅でより長く過ごす可能性が高まると考える。また、看護職によるもの忘れ相談の実施は、先行研究の成果に加え、日常生活の援助について、高齢者とその家族の心身の状態のみならず、これまでの人生の中で培われてきた価値観や発達課題の達成状況など包括的なアセスメントに基づく相談が可能になると考える。すなわち、身近な窓口として看護職によるもの忘れ看護相談の実施が必要といえる。

もの忘れ看護相談の実施については、専門外来による実施の報告（藤本他, 2008；田子他, 2008；中嶋, 2010）があるものの、相談プログラムの開発やプログラムに基づく実施の報告はみられない。したがって、相談の質を保証する上でも、もの忘れ看護相談プログラムを作成した上で実施、評価することが必要と考える。

本研究の目的は、地域住民のニーズおよび我が国に

において先駆的にもの忘れ相談に取り組んできた専門家の知見を基盤にしたもの忘れ看護相談プログラムを検討することである。

II. 研究方法

1. 住民のニーズ調査

1) 対象者：A市B区住民404名

もの忘れ看護相談の住民のニーズ調査は、健康問題への関心の高い、リクルート可能な者を対象とした。以下の3か所の対象に調査を依頼した。いずれも個別返送とした。

- (1) B区内全8か所の地域包括支援センター、1か所あたり40名、計320名を対象とした。B区内8か所の地域包括支援センター長が一同に会する連絡会で、地域包括支援センターの行事の参加者への調査説明と質問紙配布を依頼した。
- (2) まちの保健室（県の看護協会と連携し、大学教員が地域住民に健康に関する講義や健康相談等を行う事業）の参加者7名に、まちの保健室の講義終了後、調査の主旨などを研究者が口頭と文書で説明した。
- (3) 演習、講義、実習などで協力を依頼しているC大学の教育ボランティア77名に、調査の主旨など記載した依頼文と質問紙を同封し、自宅に送付した。

2) 調査時期：2011年8月～9月

3) 調査内容・方法

もの忘れ相談に関する文献レビューの後に、中島他(2009)、本間(2001)、松岡他(2009)の報告を参考に、共同研究者間で検討し調査票を作成した。調査項目は年齢や性別など基本的属性6項目、もの忘れの不安等5項目、もの忘れ看護相談の利用希望等4項目とした。郵送法による質問紙調査を実施した。

4) 分析方法

- (1) 項目ごとに単純集計し回答の傾向をみるとともに、基本的属性6項目とももの忘れ不安の有無について χ^2 検定を行った。統計ソフトはPASW Statistics 18を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。
- (2) (1)の結果を基に、もの忘れ看護相談プログラムに反映が必要な内容を抽出した。

2. 先駆的施設の専門家へのヒアリング調査

1) 対象者：「もの忘れ外来」、「もの忘れ看護相談」に

関して、我が国で先駆的に取り組んできたAクリニックの看護師および医師各1名、B大学看護学部の教員1名

2) 調査時期：2011年10月、12月

3) データ産出方法

先駆的な取り組みが記述されている文献（奥村他, 2005；藤本, 2008；藤本, 2009；藤本他, 2010；平林他, 2003；平林他, 2006）等を精読の上、もの忘れ相談の実施方法、留意点、工夫点などを尋ねる半構成的面接を各々約2～3時間実施した。面接内容は許可を得て録音し、逐語録を作成した。

4) 分析方法

逐語録より、プログラムに関連する内容を要約し、もの忘れ看護相談プログラムに活用可能な要素として抽出し、項目ごとに整理した。活用可能な要素、項目は研究者間で検討し、妥当性を高めた。

3. もの忘れ看護相談プログラムの作成

住民のニーズ調査、先駆的施設の専門家へのヒアリング調査より抽出されたもの忘れ看護相談プログラムに活用可能な要素を基に、プログラムを作成した。プログラムは、共同研究者間で検討した上で、老人看護専門看護師3名に内容を確認し、看護実践への適用可能性を高めるようにした。

4. 倫理的配慮

本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

ニーズ調査の対象者には、研究目的と方法、研究参加は自由意思によること、プライバシーの保護と匿名性の厳守、研究データの取り扱いなどを以下の方法で説明した。地域包括支援センターの事業参加者およびまちの保健室参加者には、口頭と文書で説明した。教育ボランティアには、調査依頼文に上記内容を記述し送付した。

ヒアリング調査の対象者には、もの忘れ相談に関して先駆的取り組みを実施している協力者は特定されやすいため、所属施設の公表の可否を確認した。また、研究目的と方法、研究参加は自由意思によることなどを口頭と文書で説明し、同意書にサインを得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 住民のニーズ調査より抽出されたプログラムに反映が必要な内容

対象者404名のうち、256名から回答が得られた（回収率63.3%）。対象者の主な基本的属性は、表1-1に示すように、年齢は65歳以上が201名（78.5%）、性別は、男性71名（27.7%）、女性185名（72.3%）であり、世帯構成は、単身世帯が87名（34.8%）、夫婦のみの世帯が86名（34.4%）であった。介護保険の利用状況は、利用していない人が204名（85.7%）を占めた。

もの忘れの不安については、表1-2に示すようにもの忘れ看護相談の利用希望がある者は、187名（85.0%）、もの忘れや認知症について相談したい内容は、複数回答で652の回答があり、もの忘れと認知症との関係116名（17.8%）、診察してくれる医療機関95名（14.6%）、認知症発症のメカニズム94名（14.4%）、認知症の症状85名（13.0%）等であった。

対象者の基本的属性ともの忘れの不安の有無との関連については、表1-3に示すように、世帯構成（ $\chi^2=10.223$ $p<0.05$ ）と介護保険の利用状況（ $\chi^2=16.36$ $p<0.01$ ）において、自分のもの忘れ不安との関連があった。同居者のいる人よりも単身世帯者のほうが、介護保険を利用している人よりも利用していない人のほうが自分のもの忘れを不安に思う人が多かった。一方、基本的属性と他人のもの忘れ不安との関連

はみられなかった。

2. 先駆的施設の専門家へのヒアリング調査より抽出されたプログラムに活用可能な要素

表2に、もの忘れ看護相談のための事前準備、具体的な実施方法、相談後の支援体制づくりの順に抽出されたプログラムに活用可能な要素を示す。なお、本文では、活用可能な要素を【 】で示す。

1) もの忘れ看護相談開設のための事前準備

もの忘れ看護相談開設のための事前準備は、広報、相談の場の2項目に整理された。広報として、「認知症予防検診の窓口、市役所の窓口、地域包括支援センターの窓口にチラシを置く」等より【日常生活で利用する窓口やホームページの活用】が挙げられた。また、相談の場として、「窓があり、明るい、外部の音が聞こえない、個室を選び使用している」、「長く座っても疲れず、立ち上がりやすい椅子などの調度品を揃えている」等より【生活機能の低下に配慮した安心して相談できる環境】が挙げられた。

2) 具体的な実施方法

具体的な実施方法は、相談担当者、相談回数・方法、相談への対応方法、認知症のスクリーニングの4項目に整理された。相談担当者として、看護師、医師と複数の看護師が担当する【複数の専門職による相談の実施】が挙げられた。

相談回数・方法として、【電話、FAX、E-Mailなど相談担当者に対応できるツールの活用】が挙げられた。

表1-1. 対象者の概要

		n	%
年齢 (n=256)	65歳未満	55	21.5%
	65歳以上	201	78.5%
性別 (n=256)	男性	71	27.7%
	女性	185	72.3%
世帯構成 (n=250)	単身世帯	87	34.8%
	夫婦のみ世帯	86	34.4%
	65歳未満の子どもまたは子どもの配偶者と同居	55	22.0%
	その他	22	8.8%
職業の有無 (n=255)	あり	42	16.5%
	なし	213	83.5%
居住区域 (n=246)	農村地域	83	33.7%
	新興住宅地域	118	48.0%
	混合地域	45	18.3%
介護保険の利用状況 (n=238)	利用していない	204	85.7%
	利用している	34	14.3%

表 1-2. もの忘れの不安について

		n	%
自分のもの忘れの不安 (n=254)	あり	77	30.3%
	なし	177	69.7%
他人のもの忘れの不安 (n=244)	あり	113	46.3%
	なし	131	53.7%
看護相談利用希望の有無 (n=220)	あり	187	85.0%
	なし	33	15.0%
もの忘れ不安の相談先 (n=315 複数回答)	かかりつけ医など医療機関	64	20.3%
	家族	59	18.7%
	地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者	52	16.5%
	友人・知人	49	15.6%
	親戚	17	5.4%
	その他	7	2.2%
	相談する予定なし	36	11.4%
	相談先未定	31	9.8%
もの忘れや認知症について相談 したい内容 (n=652 複数回答)	もの忘れと認知症との関係	116	17.8%
	診察してくれる医療機関	95	14.6%
	認知症発症のメカニズム	94	14.4%
	認知症の症状	85	13.0%
	認知症の診断	84	12.9%
	介護保険制度	63	9.7%
	活用できる社会資源	50	7.7%
	介護のコツ	49	7.5%
	その他	16	2.5%

相談への対応方法として、「相談は、『どうされましたか?』と声をかけ、『どう]がわからない場合、『どなたのことですか]など、一つ一つ思うことを聴いていく」というような【寄り添い、傾聴する姿勢】、「利用者と同じ立場の方がいらっしゃるというメッセージを伝える」という【同じ立場の患者、家族の存在を伝えること】、「単なる傾聴ではなく、利用者が次の行動が起こせるように利用できる関連機関に繋ぐ」というように【利用できる関連機関に連絡し、繋ぐこと】、「介護保険申請の流れや地域包括支援センター一覧、専門医療機関の一覧は出している」というように【医療機関、利用できる社会資源の紹介】が挙げられた。また、「医療機関ではない相談の場では、自分たちの対応できる限界を設定しておく必要がある」というように【対応できる範囲と限界を設定】すること、「相談終結の時期は、自分で介護をやろうという発言ができてきた時」というように【相談終結の時期の見極め】が挙げられた。

認知症のスクリーニングとして、「認知症のスクリーニングのための検査、希望者が検査できるように待合室にパソコンを置き、相談の中で会話をしながら聴き、感覚で掴む」、「相談に来た家族には、医療機関の受診の有無、CT検査の有無、MMSE (Mini-Mental State Examination ; 精神状態短時間検査)は何点かなど、症状を聞く」ことから【認知症の症状、レベルの把握方法】が挙げられた。

3) 相談後の支援体制づくり

相談後の支援体制づくりは、地域の専門職の相談能力の向上、地域の関連機関との連携強化の2項目に整理された。地域の専門職の相談能力の向上として、「専門職からの相談ニーズも高い。事業所、デイサービス、特養などに入り込んで現場でそのケアと一緒に考える相談事業を行なっている。現場でのOJT (On The Job Training) が要る」というように、【地域における専門職の能力向上の必要性】が挙げられた。また、「地域包括支援センター、家族の会等、相談後の繋ぎ

表1-3. 対象者の基本的属性ともの忘れの不安との関連

		自分のもの忘れの不安			他人のもの忘れの不安			
		あり	なし	χ^2 値	あり	なし	χ^2 値	
年齢	65歳未満	n	15	40	0.308	31	23	3.434
		%	27.3%	72.7%		57.4%	42.6%	
	65歳以上	n	62	137		82	108	
		%	31.2%	68.8%		43.2%	56.8%	
性別	男性	n	18	53	1.149	33	36	0.089
		%	25.4%	74.6%		47.8%	52.2%	
	女性	n	59	124		80	95	
		%	32.2%	67.8%		45.7%	54.3%	
世帯構成	単身	n	37	50	10.223 *	32	50	2.832
		%	42.5%	57.5%		39.0%	61.0%	
	夫婦のみ	n	21	64		44	42	
		%	24.7%	75.3%		51.2%	48.8%	
	65歳未満の子ども または子どもの配 偶者と同居	n	11	44		26	27	
		%	20.0%	80.0%		49.1%	50.9%	
その他	n	6	15	10	10			
%	28.6%	71.4%	50.0%	50.0%				
職業の有無	あり	n	9	33	1.929	20	21	0.103
		%	21.4%	78.6%		48.8%	51.2%	
	なし	n	68	143		93	109	
		%	32.2%	67.8%		46.0%	54.0%	
居住区域	農村地域	n	23	60	0.115	42	35	3.722
		%	27.7%	72.3%		54.5%	45.5%	
	新興住宅地域	n	35	82		47	69	
		%	29.9%	70.1%		40.5%	53.9%	
	混合地域	n	13	32		19	24	
		%	28.9%	71.1%		44.2%	18.8%	
介護保険の 利用状況	利用していない	n	50	153	16.36 **	89	110	3.058
		%	24.6%	75.4%		44.7%	55.3%	
	利用している	n	20	14		18	11	
		%	58.8%	41.2%		62.1%	37.9%	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

先としての地域の関連機関には、「足を運んで挨拶をしたほうがよい」など【地域の関連機関との連携強化】が挙げられた。

3. もの忘れ看護相談プログラムの概要

住民のニーズ調査および専門家へのヒアリング調査より作成したもの忘れ看護相談プログラムの概要を表3に示す。

プログラムは、活動目的、活動目標、活動場所、活動内容、活動評価で構成された。本文および表の住民のニーズ調査をプログラムに反映した内容は、二重下線、専門家のヒアリング調査の活用可能な要素を反映した内容は、一重下線で示した。

1) 住民のニーズ調査をプログラムに反映した内容

住民のニーズ調査をプログラムに反映した内容を以下に述べる。自分のもの忘れ不安との関連がみられた「単身世帯者、介護保険を利用していない人」より、「単身世帯の相談者、介護保険を利用していない相談者には、もの忘れ不安に配慮する」ことを表3の4. 活動内容、2) 相談体制・方法に挙げた。さらに、相

談記録フォーマットには、世帯、介護保険の利用の有無の項目を設け、相談時に把握できるようにした。

また、もの忘れや認知症に関して相談したい内容の上位に「もの忘れと認知症との関係」が挙げられたことより、表3の4. 活動内容、5) 相談者への支援方法に「認知症に関する知識の提供」を挙げた。

2) 専門家のヒアリング調査の活用可能な要素を反映した内容

(1) 活動目標

先駆的施設の専門家のヒアリング調査から活用可能な要素として抽出された【医療機関、利用できる社会資源の紹介】の「相談時に提示する資料は、特に決めていない。介護保険申請の流れや地域包括支援センター一覧、専門医療機関の一覧は出している」という結果を基に、1)「相談者が相談内容の対処方法について、知識・技術を得ることができるよう支援する」を挙げた。また、【利用できる関連機関に連絡し、繋ぐこと】の「単なる傾聴ではなく、利用者が次の行動を起こせるように利用できる関連機関に繋ぐ」、【相談終

表2. 先駆的施設の専門家のヒアリング調査より抽出されたプログラムに活用可能な要素

項目	活用可能な要素	データ(要約)
事前準備	広報 日常生活で利用する窓口やホームページの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・クリニックとしての広報活動は、ホームページに載せる以外に特に行っていないが、県のサポートセンターにチラシを置いている。 ・認知症予防検診の窓口、市役所の窓口、地域包括支援センターの窓口にはチラシを置く。 ・ニーズ調査への回答者に電話案内する。
	相談の場 生活機能の低下に配慮した安心して相談できる環境	<ul style="list-style-type: none"> ・クリニック診察室、デイケア待合室(クリニック待合室の壁は、バステルカラーの絵がペイントされている。デイケア利用者の作品が展示されくつろげる工夫がされている。) ・窓があり、明るい、外部の音が聞こえない、個室を選び使用している。 ・相談を行なっていることが分かるよう、見やすい看板を設置し、訪ねてきやすいようにしている。 ・利用者にはお茶と簡単なお菓子を出し、一服してもらってから相談を受けるようにしている。 ・長く座っても疲れず、立ち上がりやすい椅子などの調度品を揃えている。
	相談担当者 複数の専門職による相談の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・相談は、看護師と医師の2人で担当しており、看護師が窓口となり、相談を受け、診断や薬など看護師としてできる範囲を超えた内容は、医師に引き継ぐか、応じられない旨を伝える。 ・助手2名、大学院生1名が主に担当する。家族とご本人が来られることを想定して2人1組の体制をとり、同じ担当者が継続的に受け持っている。
具体的な実施方法	相談回数・方法 電話、FAX、E-Mailなど相談担当者が対応できるツールの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口となる看護師が携帯電話を持ち、相談は24時間対応している。電話での相談が多く、月平均30~40件。匿名で電話してこられることもある。電話の方が手軽で相談者にとっては気が楽と考えられ、電話相談はあった方がよい。Faxの対応もしている。メールは対応困難が予測され、取り入れていない。 ・相談は、月に2回実施している。相談担当者の仕事や担当ケースの状況に応じて日程調整している。相談は予約制。来所を基本とし、次の予約までに困ったことがある場合のみ電話で対応したが、タイムラグがあった。ホームページを作成し、メールでも対応したところ、20件ほど相談があった。掲示板は相談とは関係のない書き込みが多く、管理費もかかり管理が大変だった。
	寄り添い、傾聴する姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・相談は、「どうされましたか？」と声をかけ、「どう」がわからない場合、「どなたのことですか」など、一つ一つ思うことを聴いていく。 ・相談室のキャッチフレーズは、「寄り添い語り合う相談室」。ゆっくり聴いて、あなたの味方、そばで支えますよというメッセージを投げかけている。急がずに聴く。1回で全部聞き出そうと思わず、話せる範囲から聴く。複数回のやりとりをして、ご本人の状況を把握する。
	相談への対応方法 同じ立場の患者、家族の存在を伝えること	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者と同じ立場の方がいらっしゃるというメッセージを伝える。
	利用できる関連機関に連絡し、繋ぐこと	<ul style="list-style-type: none"> ・単なる傾聴ではなく、利用者が次の行動を起こせるように利用できる関連機関に繋ぐ。繋ぎ先には、インテイクの段階で話した雰囲気伝える。
	医療機関、利用できる社会資源の紹介	<ul style="list-style-type: none"> ・相談時に提示する資料は、特に決めていない。介護保険申請の流れや地域包括支援センター一覧、専門医療機関の一覧は出している。 ・社会資源は、必要に応じて準備し、急ぐ場合は郵送で対応するが、次回相談時に手渡す。
	対応できる範囲と限界を設定	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関ではない相談の場では、自分たちの対応できる限界を設定しておく必要がある。 ・自分たちが対応できる人なのかどうか、その都度線引きが必要。
	相談終結の時期の見極め	<ul style="list-style-type: none"> ・相談終結の時期は、自分で介護をやるとういう発言ができてきた時。
認知症のスクリーニング 認知症の症状、レベルの把握方法	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症のスクリーニングのための検査、希望者が検査できるように待合室にパソコンを置き、相談の中で会話をしながら聴き、感覚で掴む。 ・相談に来た家族には、医療機関の受診の有無、CT検査の有無、MMSEは何点かなど、症状を聞く。 	
相談後の支援体制づくり 地域の専門職の相談能力の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における専門職の能力向上の必要性 ・専門職からの相談ニーズも高い。事業所、デイサービス、特養などに入り込んで現場でそのケアと一緒に考える相談事業を行なっている。現場でのOJTが要る。 ・ケアマネが対応に困り、連れてきたケースもある。 ・地域の人と一緒に力をつけた方がよいのではないかとこの発案で、相談事例について、老健施設の管理者や施設のケアマネジャーと検討する「認知症ケアのケア会議」を開催するようになった。 	
地域の関連機関との連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター、家族会等、相談後の繋ぎ先としての地域の関連機関には、足を運んで挨拶をしたほうがよい。 ・一対一でやっていると、こんなことを心配するのは私ぐらいのものでしょうかというような質問が出てき始める。家族の会のニーズはあると思う。医療機関との連携もあったほうがよい。 	

結の時期の見極め】の「相談終結の時期は、自分で介護をやるという発言ができてきた時」を反映し、2)「相談者が自身や家族の健康を回復・維持・向上するための具体的な行動を自ら考えることができるよう支援する」を挙げた。【利用できる関連機関に連絡し、繋ぐこと】、【医療機関、利用できる社会資源の紹介】からは、3)「相談者に支援が必要な場合、適切な保健・医療・福祉サービスを受けることができるよう支援する」を挙げた。

(2) 活動場所

【生活機能の低下に配慮した安心して相談できる環境】の「窓があり、明るい、外部の音が聞こえない、個室を選び使用している」、「相談を行なっていることが分かるよう、見やすい看板を設置し、訪ねてきやすいようにしている」等を基に、プライバシーを保護でき、階段を利用せず大学外部から直接立ち寄ることができる「大学内の会議室および控室（いずれも個室）」とした。

(3) 活動内容

①住民への広報

【日常生活で利用する窓口やホームページの活用】という結果を基に、商業・医療施設などにポスター掲示、回覧板の活用、地域包括支援センターへの案内、大学ホームページにチラシ掲載とした。

②相談体制・方法

【複数の専門職による相談の実施】体制をとるため、相談員が情報を共有できるように、「相談後、相談記録はファイルに綴じ、継続相談が必要な事例は個別ファイルを作成」、他機関への継続が必要な事例は、相談者の了解を得た上で、【利用できる関連機関に連絡し、繋ぐこと】を行い、その結果を伝えるために「継続相談が必要な事例は、連絡方法を確認」することとした。

③会場設営

【生活機能の低下に配慮した安心して相談できる環境】の結果を基に、「安心して相談できる環境づくり」を挙げた。

④相談者への支援方法

【寄り添い、傾聴する姿勢】という結果を基に相談時の基本姿勢として、「不安内容をじっくりと聴く」、「不安内容に応じた具体的な情報を提供する」というように具体的な方法を挙げた。

IV. 考察

1. もの忘れ看護相談プログラムの特徴

もの忘れ看護相談を実施するために、地域住民のニーズ調査および我が国において先駆的にもの忘れ相談に取り組んできた専門家のヒアリング調査を基盤とした、もの忘れ看護相談プログラムを作成した。

地域住民のニーズ調査よりプログラムに反映した内容として、支援が必要と予測される相談者は、「単身世帯、介護保険を利用していない人」が挙げられた。先行研究においても、単身世帯者は、アルツハイマー病の比較的初期から問題が表面化しやすく、かつ深刻になりがちなこと（宇野，2004）、認知症に最初に気づいた人の約6割は日常的に高齢者に接する家族であったこと（本間，2003）が示されている。したがって、単身世帯者は、病気や症状の早期発見が遅れやすく、来談時には、認知症が進行している可能性が高いことが推察される。そのため、本研究で作成したもの忘れ看護相談プログラムにおいても、配慮を要する相談者であることを明示し、相談を実施する必要があると考える。

専門家のヒアリング調査よりプログラムに反映した内容として、活動目標では、相談者が知識・技術を得ること、自身や家族の健康を回復・維持・向上するための具体的な行動を自ら考えること、支援が必要な場合、適切な保健・医療・福祉サービスを受けることへの支援が挙げられた。これらは、相談者が自ら考え行動できるように専門職として支援する内容が示されている。つまり、学習者の経験に基づく実践を重視し、自発性や自律性を尊重した課題解決を中心とした支援が必要と考える。本研究の住民のニーズ調査においても65歳以上が約8割を占めており、今後、実施するもの忘れ看護相談の利用者についても、高齢者の利用が推測される。このような対象者は、これまでの人生経験の中から課題解決をしてきたことが推察される。したがって、もの忘れの不安や介護の不安に対しても、課題解決的に行動するためには、高齢であることや認知機能の状態に考慮が必要なものの、自律・自立した行動ができるよう支援することが重要と考える。

次に、活動内容では、①住民への広報として、商業・医療施設などにポスター掲示、回覧板の活用、等が挙げられた。本プログラムにおける看護相談では、大学施設を利用する予定であるため、利用者にはクリ

表 3. もの忘れ看護相談プログラムの概要

<p>1. 活動目的 もの忘れの不安をもつ高齢者や認知症高齢者とその家族が、早期に適切なサービスを受け、住み慣れた地域でより長く暮らすことができるよう支援する。</p> <p>2. 活動目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 相談者が相談内容の対処方法について、知識・技術を得ることができるよう支援する。 2) 相談者が自身や家族の健康を回復・維持・向上するための具体的な行動を自ら考えることができるよう支援する。 3) 相談者に支援が必要な場合、適切な保健・医療・福祉サービスを受けることができるよう支援する。 <p>3. 活動場所: 大学内の会議室および控室(いずれも個室)</p> <p>4. 活動内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 住民への広報 <ol style="list-style-type: none"> (1) 商業・医療施設などにポスター掲示 (2) 回覧板の活用 (3) 地域包括支援センターへの案内 (4) 大学ホームページにチラシ掲載 2) 相談体制・方法 <ol style="list-style-type: none"> (1) 臨機応変な相談体制、<u>単身世帯の相談者、介護保険を利用していない相談者には、もの忘れ不安に配慮する</u> (2) 相談時間は一人 30 分を目安とする (3) 相談内容の記録は相談者の了解を得て、相談記録フォーマットに記入 (4) <u>相談後、相談記録はファイルに綴じ、継続相談が必要な事例は個別ファイルを作成</u> (5) <u>継続相談が必要な事例は、連絡方法を確認</u> 3) 会場設営 <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>安心して相談できる環境づくり</u> 4) 当日の動き 5) 相談者への支援方法 <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>不安内容をじっくりと聴く</u> (2) <u>不安内容に応じた具体的な情報を提供する</u> <p>《具体的な方法》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>診断できる医療機関、利用できる社会資源の紹介</u> ・<u>家族会の紹介</u> ・<u>認知症に関する知識の提供</u> ・<u>認知症の方への具体的な対応方法の助言</u> <p>5. 活動評価</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 相談後の主催者のミーティング 2) 来談者の反応、アンケート結果から評価

住民のニーズ調査よりプログラムに反映した内容を二重下線、
専門家のヒアリング調査より反映した内容を一重下線で示す。

ニックなどとは異なり周知が必要なこと、高齢者の利用しやすさを考慮し、広報活動を行う必要がある。

②相談体制・方法として、相談内容の記録、保管方法、継続相談が必要な事例の連絡方法が挙げられた。先行研究(平林他, 2006)においても、複数回の相談を経て介護者の持つ介護力が引き出された結果が示されている。我々が今後実施するもの忘れ看護相談の利用も1回限りでないことが予測され、相談が継続することも考えた上で、記録や保管方法を工夫する必要がある。

③会場設営としては、高齢者の生活機能の低下に配慮した安心して相談できる環境づくりを行うことが挙げられた。もの忘れ看護相談の利用への心理的な抵抗感や障壁は大きく、相談者にとって決して容易なことではない。また、認知症になると記憶障害より生活機能の低下が生じてくることに加え、相談者である高齢者やその家族の心身の特性に配慮した環境づくりは、相談のしやすさに繋がると考えられることから、プログラムには必要な内容と考える。

④相談者への支援方法として、不安内容をじっくり

と聴く、不安内容に応じた具体的な情報を提供することが挙げられた。本研究においては、住民のニーズ調査において約8割が相談利用を希望していること、もの忘れや認知症に関して相談したい内容の上位に「もの忘れと認知症との関係」が挙げられ、これらはプログラムの中核となる内容と考える。もの忘れ看護相談に関する先行研究においても、相談利用者が家族の不安の軽減と具体的な方法を求めており（平林他, 2003）、具体的な情報提供の工夫が必要と考える。

本研究では、具体的な実施方法に留まらず、事前準備、相談後の支援体制づくりも重要と考え、プログラムを作成した。相談実施前の準備として、待合室に、認知症についてわかりやすく書かれた書籍、家族会の広報誌を閲覧できるようにすること、家族会の入会案内等認知症や介護について説明されたパンフレット類を気軽に持ち帰ることができるように配置するなど、環境づくりの面からも質を保証した看護サービスが提供できるようにすることが必要と考える。加えて、相談後の支援体制づくりとして、地域の関連機関との連携を強化しながら、相談能力を向上する必要性が示された。このことから、相談実施後に、関連する機関、職種と検討の場をもつなど地域のサービスにつなぐ看護相談としていくことが重要であり、本プログラムの特徴であると考え。

2. 看護実践への活用可能性と今後の課題

作成したプログラムは、相談実施地区の住民のニーズに基づいた内容であること、専門家のヒアリング調査を基盤にした具体的な支援方法が示されていることから、看護相談に活用可能であると考え。今後急速に増加が推測される認知症の高齢者に対して、preclinicalの診断、治療の意義が報告（長濱他, 2012；谷口他, 2012）され、国の施策の方向性としても、認知症の高齢者に予防を重視した支援のあり方が検討され始めた（厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム, 2012）。先行研究においても、看護職による看護相談の利用者のうち、MCI（Mild Cognitive Impairment; 軽度認知機能障害）の疑いがある人は約4-5割、認知症の疑いがある人は、約3-4割であったことが報告（中島他, 2009）されていることから、本研究で作成したプログラムに基づく看護相談の実施は、認知症の高齢者の早期受診、早期診断、早期治療に貢献できうるものと考え。

今後は、本研究で作成したプログラムによるもの忘

れ看護相談を実施、評価した上で、プログラムの内容、方法を精選していくことが課題である。

謝辞

本研究にご協力を頂きました対象者および関連機関の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、平成23年度神戸市看護大学共同研究費（一般）の助成を受けて実施したものであり、深謝致します。なお、研究の一部は第13回日本認知症ケア学会学術集会、第17回日本老年看護学会学術集会第71回日本公衆衛生学会で発表しました。

引用文献

- エーザイ株式会社（2012）. 47都道府県 認知症に関する意識・実態調査, 22.
- 藤本直規, 奥村典子（2008）. 早期認知症患者の外来診療：地域医療の視点から、もの忘れ外来の機能分担を見据えて, 老年精神医学雑誌, 19(10), 1068-1081.
- 藤本直規（2008）. 認知症の医療とケア：「もの忘れクリニック」「もの忘れカフェ」の挑戦. 京都：クリエイツかもがわ.
- 藤本直規（2009）. 地域における認知症の包括的ケアシステムにおけるもの忘れクリニックの役割, 日本老年医学会雑誌, 46(3), 214-217.
- 藤本直規, 奥村典子（2010）. 続認知症の医療とケア：「根拠のあるケア」を追い求めて. 京都：クリエイツかもがわ.
- 平林美保, 江上史子, 梅垣順子他（2003）. 高齢者看護が担う痴呆症相談活動の課題と方向性：「高齢者もの忘れ看護相談」を通して, 兵庫県立看護大学附置研究所推進センター報告集, 1, 39-45.
- 平林美保, 水谷信子, 松岡千代他（2006）. 「高齢者もの忘れ看護相談」の効果：継続的利用により介護家族に生じた変化について, 兵庫県立看護大学附置研究所推進センター報告集, 1, 51-62.
- 本間昭（2003）. 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状, 老年精神医学雑誌, 14, 573-591.
- 本間昭（2001）. 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学, 23(3), 340-351.

兵庫県 認知症疾患治療センターについて. 検索月日
2012年10月29日,

http://web.pref.hyogo.jp/hw19/hw19_000000179.html.

厚生労働省 (2012). 認知症高齢者の日常生活自立度
Ⅱ以上の高齢者数について. 検索月日2012年12月25
日, [http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-
att/2r9852000002iavi.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf)

厚生労働省 認知症施策検討プロジェクトチーム
(2012). 今後の認知症施策の方向性について, 3.

松岡千代, 安達和美 (2009). 地域住民の認知症に対す
る意識と相談ニーズに関する調査-「まちの保健室」
の相談場所としての利用可能性-. 兵庫県立大学看
護学部・地域ケア開発研究所紀要, 16, 69-83

長濱道治, 田中一平, 大塚章子他 (2012). 新しいアル
ツハイマー病の診断基準の確立を目指して: 最前線
の研究成果と臨床現場, 老年精神医学雑誌, 23(6),
671-679.

中島洋子, 古村美津代, 木室知子他 (2009). もの忘
れ相談窓口の有用性と今後の課題, 久留米医学会雑
誌, 72, 78-87.

中嶋義文 (2010). メモリークリニックの役割と今後の
方向性, 老年精神医学雑誌, 21(11), 1193-1196,

沖田裕子 (2004). 老人性痴呆疾患センター利用状況か
らみた痴呆性高齢者および家族に必要な支援のあり
方, 日本痴呆ケア学会誌, 13(2), 193-201.

奥村典子, 望月加奈子, 宮崎智香他 (2005). もの忘
れ外来における看護師の役割, 臨床看護, 31(8),
1222-1226.

田子久夫, 小林直人, 丹羽真一 (2008). 我が国にお
ける「もの忘れ外来」の現状と今後の課題, 日本臨
床, 66, 462-466.

谷口美也子, 浦上克哉 (2012). 髄液生化学的マーカー
と preclinical stage の診断, 老年精神医学雑誌 23(6),
680-685.

宇野正威 (2004). わが国におけるもの忘れ外来: その
歴史的レビュー, 老年精神医学雑誌, 15, 117-112.

(受付: 2012.11.1; 受理: 2013.2.1)